Aus der Orthopädischen Abt. der Chirurgischen Universitätsklinik
in Breslau.
(Direktor: Geheimrat Professor Dr. Küttner).

Polydaktylie mit Radiusdefekt und Ulnaverdoppelung.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Bernhard Lange,
Arzt in Breslau.

Breslau 1923.
Buchdruckerei der Schlesischen Volkszeitung, Breslau.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referenten: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Küttner
und Prof. Dr. Weil.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Am 3. XII. 1922 kam in der Orthopädischen Abteilung der Chirurg. Universitätsklinik in Breslau ein drei Wochen altes Mädchen mit 7 Fingern und fast steifem Ellenbogengelenk an der rechten Oberextremität zur Untersuchung. Die Anamnese und sonstige Untersuchung ergaben nichts Besonderes. Aeußerlich ist die ganze Gegend des rechten Ellenbogens verbreitert. Die 7 Finger seien, von der ulnaren Seite angefangen, folgendermaßen bezeichnet: V, IV, III, II, IIIa, IVa Va. Die Länge dieser Finger, in mm gemessen, beträgt: V 27, IV 32, III 35, II 28, IIIa 32, IVa 32 und Va 21; auf der linken, normalen Seite beträgt sie: V 27, IV 32, III 35 und II 31. Rechts befindet sich II in mäßiger, IIIa und IVa in starker, kaum löslicher Kontrakturstellung; bei Va ist nur das Endglied kontrahiert. Zwischen II und IIIa liegt eine mäßig tiefe Handspalte. Das Röntgenbild ergibt links eine normale Säuglingsextremität, rechts 7 dreigliederige Finger, 7 Metacarpalia, keine Carpalia, 2 gleichlange Vorderarmknochen — beide von ausgesprochener Ulnaform. Die beiden Vorderarmknochen liegen spiegelbildlich zueinander, jeder um ca. 90 Grad um seine Längsachse rotiert, so daß die Olecrana auf der medialen bezw. lateralen Seite — nicht der dorsalen — liegen. Das verdickte distale Humerusende zeigt medial und lateral je die Anlage eines Condylus. — Es handelt sich demnach um Polydaktylie — bezw. Diplocheirie — bei Radiusdefekt und Ulnaverdoppelung.

Prinzipiell dieselbe Mißbildung — stets nur eine Extremität betreffend — wurde bei 3 anderen Fällen beschrieben: Von Dwigth (1893), Restemeier (1920) und Mau (1922). Bei Dwigth ist die Drehung der Ulnen nicht so hochgradig wie in unserem Falle; bei Restemeier fehlen die Finger III und IIIa; bei Mau sind 8 Finger vorhanden; sonst aber bilden die 4 Fälle einen gemeinsamen Typ (Typ I).

Ulnaverdoppelung bei Radiusdefekt vermutet Mau auch in einem 1892 von Melde beschriebenen Fall. Die Diagnose ist aber zweifelhaft; die Mißbildung — in sich unsymmetrisch — besteht beiderseits; außerdem besteht beiderseitiger Tibiadefekt. Ein ähnlicher Fall wurde 1895 von Kümmel beschrieben. Diese Art der Mißbildung sei als Typ II bezeichnet.

Typ I und Typ II sind genetisch prinzipiell verschieden. Bei Typ I dürfte der radiale Teil durch Verletzung vernichtet worden sein; er ist der kranialgelegene, der die Ergänzungsfähigkeit eher verlor als der kaudalgelegene ulnare. Dieser schritt zur Regeneration, konnte aber als kaudaler Teil keinen kranialen sondern ebenfalls nur einen kaudalen hervorbringen. Die Mißbildung ist nach dem Prinzip der von Przibram beschriebenen Bruchdreifachbildung als Regenerationsmißbildung entstanden zu denken.

Bei Typ II muß man an endogene Ursachen der Mißbildung denken oder an eine Schädigung oder Erkrankung, die die gemeinsame Extremitätenanlage betroffen hat.